

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**Morbilidad materna en primigestas adolescentes y  
adultas jóvenes, Instituto Nacional Materno Perinatal,  
2010**

**TESIS**

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

**AUTOR:**

Karla Patricia Palacios Rodríguez

**ASESORES:**

Zaida Zagaceta Guevara

Oscar Munares García

**Lima-Perú**

**2012**

## **Dedicatoria**

Le dedico el presente estudio a mis padres(Victoria y Cesar) y tío(Luis Alberto) quienes me brindaron su apoyo, comprensión y confianza de forma incondicional en todos estos años, personas que me enseñaron a diario que la perseverancia es la clave del éxito y por que sin ellos no hubiese logrado lo ganado en este tiempo.

## **Agradecimientos**

Doy gracias a Dios por iluminar a diario nuestras mentes con su sabiduría y guiar cada paso que damos. A mis padres y familiares por su apoyo incondicional en el cumplimiento de mis metas y por su comprensión en todo momento. A mi asesora Mg. Zaida Zagaceta Guevara por su entrega y exigencia en la elaboración del presente estudio. Un agradecimiento especial al Mg. Óscar Munares García por su permanente motivación en el desarrollo y culminación del presente estudio, asimismo por compartir sus valiosos conocimientos.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Introducción.</b>	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>Métodos</b>	<b>16</b>
<b>IV.</b>	<b>Resultados</b>	<b>23</b>
<b>V.</b>	<b>Discusiones</b>	<b>30</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>32</b>
<b>VII.</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>33</b>
<b>VIII.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>34</b>
<b>IX.</b>	<b>Anexos</b>	<b>37</b>
	1. Hoja de registro	

## Resumen

### **Morbilidad Materna en primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010**

**OBJETIVOS:** Comparar las diferencias de las morbilidades entre las primigestas adolescentes y adultas jóvenes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo comparativo. Se estudió 97 historias clínicas de primigestas adolescentes (10 a 19 años) y a 197 historias clínicas de primigestas adultas jóvenes (20 a 29 años) escogidas mediante el muestreo probabilístico estratificado proporcional; la información fue recogida mediante la aplicación de la hoja de registro. Para el análisis se utilizaron las distribuciones absolutas y porcentuales, la prueba de chi- cuadrado y para determinar la asociación se utilizó Odds ratio con sus respectivos Intervalos de confianza del 95%.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de 17 años en las adolescentes y de 22.9 años en las adultas jóvenes. Se observó que las adolescentes y las adultas jóvenes compartían características maternas similares (Convivientes, dedicadas a las labores domésticas, con escolaridad baja). Se comparó la presencia de 3 morbilidades en el embarazo, siendo la ruptura prematura de membranas a más frecuente en ambos grupos, existiendo mayor probabilidad en las adolescentes de presentar esta morbilidad (OR: 1,48 IC 0.85 – 2.56). No se hallaron mayores diferencias en el parto. Durante el puerperio se encontró más frecuente la hemorragia posparto en las adolescentes (17.5%) y en las adultas se halló mayor frecuencia de desgarros perineales (44.2%). Las morbilidades neonatales fueron semejantes en ambos grupos.

**CONCLUSIÓN:** Se encontró mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas y hemorragia posparto en la adolescente, no obstante los resultados durante el parto y neonatales no se hallaron mayores diferencias entre las primigestas adolescentes y adultas jóvenes.

**PALABRAS CLAVE:** Primigesta adolescente, morbilidad materna

## Introducción

El embarazo adolescente es aquel que se produce en el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, en el que transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, y el establecimiento de las posibilidades de independencia socioeconómica; el cual comprende las edades de 10- 19 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El embarazo adolescente es una situación muy compleja que nos emite muchas razones de preocupación debido a los factores de riesgo que afectan la salud tanto de la madre como la del producto, puesto que casi siempre se acompaña de una cadena de condiciones adversas, debido a que se presentan en personas no preparadas física, emocional, económica y socialmente como son los adolescentes y su repercusión en la salud pública. Entonces, la maternidad a edades tan tempranas se relaciona con situaciones de salud sexual y reproductiva que podrían deteriorarlas ya de por sí; estas situaciones se agravan por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero de las adolescentes embarazadas.

Además la adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por sí un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial. Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Así mismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente<sup>1</sup>.

El embarazo adolescente es aquel que ocurre durante la adolescencia de la madre, designado también como embarazo precoz debido a que se presenta antes que la madre haya alcanzado la madurez emocional y física suficiente para poder asumir la compleja tarea de la maternidad<sup>2</sup>.

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de

18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto.

En el año 2010 la población adolescente es el 20% (más de mil millones de adolescentes, de los cuales más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años) del total de la población de todos ellos el 85% se encuentran en países en vías de desarrollo como el Perú. Según ENDES 2009 de cada 10 mujeres sexualmente activas, 3 son adolescentes.<sup>3, 4</sup>

El 10% de los partos acontece en adolescentes, la morbi-mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.<sup>5</sup>

Además el 13.7% de las adolescentes peruanas están embarazadas o ya son madres lo cual demuestra un ligero aumento de la tasa de embarazo adolescente en comparación con las estadísticas del ENDES 2004-2006 en los cuales registra la tasa de embarazo en un 12.2%.<sup>4</sup> Las regiones peruanas con la más alta tasa de prevalencia de embarazo adolescente son las de la selva tales como: Loreto con 24.7%, seguido por Ucayali con 23.5%, San Martín con 23.1% y Madre de Dios con 21%.<sup>6</sup>

Entre los años 2000 al 2004 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD se registraron que el 81.3% de adolescentes fueron primigestas el 16.1% segundigestas y el 2.5% tercigestas, de las cuales el 6.5% tuvo antecedente de aborto. En las adolescentes hay una alta incidencia de anemia (62,5%).<sup>5</sup>

Entre las complicaciones frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio realizado en México, informan la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo- pélvica, la muerte fetal. Asimismo señalan que la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto entre las mujeres menores de 18 años de edad es de dos a cinco veces más alta que entre las de 20 a 29 años de edad.<sup>7</sup>

Por el contrario en los Estados Unidos de América, la razón de muerte materna es igual o un poco menos en las mujeres menores de 20 años, cuando se compara este indicador con las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, en las mujeres muy jóvenes, parece ser mayor.<sup>5</sup>

Entre las revisiones e investigaciones realizadas en relación al tema de riesgos de morbilidad materna en el embarazo adolescente tenemos a las siguientes:

En el estudio realizado por la Dra. Beatriz Brunet F, en el año 2008, en el Policlínico docente 13 de Marzo Ciudad de la Habana con el nombre de Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes, se encontró que entre las complicaciones más frecuentes en el embarazo adolescente fueron la anemia con un 28.4% y las infecciones vaginales (25.6%) encontrando a su vez que las complicaciones con menor porcentaje fueron la hipertensión gestacional (6.8%) y la amenaza de parto pretérmino (0%); entre las complicaciones más frecuentes en el parto y posparto se obtuvo que la anemia fue la más frecuente con un 36.8%, la ruptura prematura de membranas con un 11.7% y la desproporción céfalo - pélvica con 14.7% y entre las complicaciones neonatales más frecuentes se halló con mayor porcentaje al bajo peso al nacer (12.1%) y la depresión (9.1%).<sup>1</sup>

En una revisión presentada en el año 2003 por el Dr. Manuel Acosta Chávez en la Universidad de San Martín de Porres; nos menciona que entre las complicaciones que presentan las adolescentes son la anemia en un 19.50%, Ruptura Prematura de Membranas(RPM) en un 11.76%, preeclampsia en un 10.33, aborto en un 9.39%, estrechez pélvica en un 7.74%, parto prematuro en un 6.54%, Infección del Tracto Urinario(ITU) en un 6.25% los cuales tienen una gran asociación con la mortalidad materna de no manejarse oportunamente; según datos extraídos del Instituto Nacional Materno Perinatal(INMP) entre los años 1986 y 2002.<sup>8</sup>

En una publicación encontrada en la Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología con el nombre de “Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú” en el año 2004, nos muestra que el riesgo



significativamente mayor en las adolescentes comparado con las parturientas entre 20 y 34 años es la eclampsia con un riesgo relativo de 7,98(1,08-64,4) IC 95% en adolescentes de 10 -14 años y un riesgo relativo de 2,10 (1,12-3,99) IC 95% en adolescentes de 10 – 19 años.<sup>5</sup>

Anterior a esta publicación se hizo un estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora, se halló que las complicaciones obstétricas presentadas en las adolescentes que dieron a luz en este hospital fueron: anemia, 30%; preeclampsia, 7,5%; eclampsia, 1,33%; desproporción céfalo pélvica, 3,67%; patología neonatal, 25,44%; y mortalidad perinatal, 31,7%, frecuencias que fueron más altas en las adolescentes menores de 15 años.<sup>9</sup>

En la Revista de Ginecología y Obstetricia de México en el año 2005 se publicó el artículo: Implicancias perinatales del embarazo en la mujer adolescente, el estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología en el cual se tomaron dos grupos, I. Adolescentes (11-16 años) y II. Adultas jóvenes (20-24 años) en ambos casos con una edad gestacional que fluctúa entre las 22.3+/-6.7 semanas y con más de 4 controles prenatales, obteniendo como resultado que la presencia de anemia en adolescente se presenta con 19 veces más riesgo que en las adultas jóvenes y que el riesgo de infección (vagininitis y vaginosis) es 2.5 veces más en las adolescentes y el riesgo de tener parto pretérmino, cesárea, o parto instrumentado no es significativamente mayor que en las adultas jóvenes; actuando el control prenatal como arma positiva para reducir el riesgo de morbilidad materna en el embarazo adolescente.<sup>10</sup>

De la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología se obtuvo un estudio de casos y controles acerca del “Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones”, este estudio se llevo a cabo en el Hospital Gineco-obstétrico Docente Provincial "Ana Betancourt de Mora", Camagüey en el cual se adquiere como resultados que las gestantes adolescentes en un 78% tuvieron afecciones (anemia en un 33.3% y amenaza de parto pretérmino en un 14.3%) a diferencia de las adultas (de 20 años a mas) con 6.8% y 4.5% respectivamente, aunque no se encontró mayor diferencia entre la hipertensión y la ruptura prematura de

membranas entre ambos grupos (adolescentes (1.5% y 6.8% respectivamente) y adultas (0.7% y 4.5% respectivamente)), así mismo se evidencia que los recién nacidos de las madres adolescentes presentan mayor frecuencia de complicaciones (21.2%) que los recién nacidos de la adulta (6%), siendo los de mayor frecuencia el bajo peso al nacer con un 6.8% en las adolescentes y 1.5% en las adultas y con menor frecuencia la depresión al nacer con 4.5% en las adolescentes y 0.7% en las adultas. Comprobando de esta manera que el embarazo adolescente es potencialmente más riesgosa que el embarazo en la mujer adulta y que necesita cuidados especiales.<sup>11</sup>

Se realizó un estudio de caso - control en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" con un grupo de estudio de primigestas adolescentes de 10 a 19 años y un grupo control está conformado por primigestas de 20 a 29 años. Para identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes al compararlas con primigestas adultas jóvenes, mostrando como resultados que la complicación más frecuente de la adolescente fue la infección de tracto urinario en relación al grupo control con una diferencia altamente significativa entre ambos grupos, asimismo la anemia, preeclampsia y rotura prematura de las membranas aunque que estas complicaciones no tienen diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo control. Contrariamente, la distocia de presentación y el desprendimiento prematuro de placenta se presentaron con mayor frecuencia en el grupo control con diferencias significativas.

En el estudio realizado, se muestra claramente el mayor riesgo que para la gestante adolescente tiene la infección urinaria, pero respecto a las demás complicaciones que describe la bibliografía, no se demuestra estadísticamente su mayor presencia en las adolescentes. La anemia, RPM, distocia ósea, distocia funicular, tienen ligera predominancia sobre el grupo control. Pero paradójicamente a otros estudios, no se encontró diferencia significativa con respecto a preeclampsia. Concluyendo así que sólo la Infección del tracto urinario es una complicación con más frecuencia en las adolescentes, pero en general la morbilidad perinatal en las adolescentes no es estadísticamente diferente que en un gestante adulta.<sup>12</sup>

La Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología en el año 2002, publicó el estudio de los Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, llamado Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. El cual fue un estudio comparativo entre primigestas de 10 a 19 años (grupo de estudio) y de 20 a 29 años (grupo control); mostrando como resultados que la presencia de anemia en las fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control (43,67%). No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), asimismo se observó que el porcentaje de adolescentes que tuvieron rotura prematura de membranas fue de 14,55%, en cambio, en el grupo control fue mayor (20,25%), también se halló que el porcentaje de trabajo de parto prolongado fue mayor en las adolescentes (9,49%) que en las adultas (5,69%), así mismo se encontró que las adolescentes estudiadas tuvieron mayor porcentaje de parto prematuro (4,43%) que la del grupo control (8,86%). La frecuencia de recién nacidos de bajo peso en las adolescentes embarazadas fue el doble a las encontradas en el grupo control, con porcentajes de 6,32% y 3,16%, respectivamente.<sup>13</sup>

En una publicación encontrada en la revista MEDISAN en el año 2010 con el nombre de “Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal Tamara Bunke”, nos muestra que entre las adolescentes y las adultas jóvenes tienen el mismo porcentaje de presentar hipertensión arterial (10% para ambos grupos) y de presentar ruptura prematura de membranas (10% para ambos grupos); pero si se observó que las adolescentes tienen mayor porcentaje de presentar hemorragia en comparación con las adultas (20% y 10% respectivamente), igualmente se halló que las adolescentes tuvieron mayor porcentaje de desgarro perineal (30%) al compararlo con las adultas (20%).<sup>14</sup>

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la Juventud Mundial 2005 uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen

cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.<sup>5</sup>

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005 uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero).<sup>15</sup>

Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.<sup>15</sup>

La literatura nos describe de manera global mayor morbilidad en la gestación adolescente detallando las siguientes como las más frecuentes:

**Parto pretérmino**<sup>16</sup>, la cual se define como aquel nacimiento de más de 22 y menos de 37 semanas de gestación contando desde la fecha de última menstruación. Debido a la presencia de contracciones regulares y modificaciones cervicales las cuales desencadenan el parto antes de las 37 semanas de gestación según la OMS<sup>16</sup>. Esta se clasifica de la siguiente manera: Prematuridad nulo (mayor o igual a 37 semanas), prematuridad leve (34–36 semanas), prematuridad moderada (30–33 semanas), prematuridad extrema (26–29 semanas), prematuridad muy extrema (22–25 semanas).

**Ruptura Prematura de Membranas**<sup>17</sup>, que se define como la pérdida de la integridad del saco gestacional (membranas corioamnióticas) antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas, independiente de la edad gestacional. En la cual se evidencia pérdida de líquido por vagina, con olor a lejía, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal; Visión

directa de salida de líquido amniótico por cérvix al examen con espéculo, espontáneamente o a la maniobra de Valsalva.

**Preeclampsia**<sup>18</sup>, que es la hipertensión después de las 20 semanas con proteinuria con o sin edema. Esta se clasifica en: Nula (Presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y presión arterial diastólica menor de 90 mmHg, proteinuria < de 0.3gr./l en orina de 24), leve (Presión Arterial Media(PAM) menor de 126mmHg presión arterial sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg; proteinuria > de 0.3 gr./l y < de 1 gr./l en orina de 24, edema leve o proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico)), severa (PAM mayor de 126 mmHg, presión arterial sistólica  $\geq$  160 mmHg ó diastólica  $\geq$  110 mmHg; proteinuria mayor de 5 gr en 24 horas, oliguria menor de 500 ml/ 24 horas o proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico)).

**Trabajo de parto prolongado**<sup>17</sup>, que está definida como la detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. El trabajo de parto prolongado se puede dar por: Enlentecimiento: Fase Activa Lenta o Prolongada (es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas); retraso del descenso o descenso lento (cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y menos de 2cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto).

O por detención: Detención de la dilatación (es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más), detención del descenso (es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo (más de 2 horas en nulíparas))

**Desproporción feto pélvica**<sup>17</sup>, definida como la desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el

canal pélvico. La cual puede verse traducida en la falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primerizas o en la falta de progresión del trabajo de parto, tanto en la fase activa como en el expulsivo. El principal signo es el trabajo de parto prolongado al que se agrega la altura uterina > 35 cm, el ponderación fetal mayor de 4 kilos por examen clínico, cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis que no se consigue proyectar dentro de la pelvis a la presión del fondo uterino, moldeamiento 3 (sutura superpuesta y no reducible), caput succedaneum, regresión de la dilatación, deflexión, asinclitismo de la cabeza fetal y presentaciones mixtas.

**Hemorragia posparto<sup>17</sup>**, que está definida como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. También se define por sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre, caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr % en la Hb, pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. La hemorragia posparto se puede apreciar clínicamente con sangrado vaginal abundante, taquicardia, hipotensión arterial, taquipnea. Entre las causas de la hemorragia tenemos: Atonía uterina (sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae), retención de placenta (placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido), retención de restos placentarios y/o restos de membranas (sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares)), lesión de canal del parto (sangrado continuo con útero contraído), inversión uterina (útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal, dolor hipogástrico agudo).

**Desgarro del canal del parto<sup>19</sup>**, traumatismo perineal ocasionado en el periodo expulsivo. Los desgarros de la vagina y del perineo se clasifican como primero, segundo, tercero o cuarto grado. Los desgarros de primer grado afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y músculos subyacentes, los desgarros de segundo grado también afectan la fascia y el musculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal (estos

desgarros por lo general se extienden en dirección superior en uno o ambos lados de la vagina y determinan una lesión triangular irregular), los desgarros de tercer grado abarcan la piel, la mucosa y el cuerpo perineal y también afectan el esfínter anal, los desgarros de cuarto grado se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto.

**Bajo peso al nacer**, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2500 g al nacer, según la OMS.<sup>16</sup>

**Depresión neonatal**<sup>20</sup>, definida como el índice de Apgar al minuto menor o igual a 6 con evolución neurológica neonatal normal. Se consideran como: Depresión neonatal leve (antecedentes de sufrimiento fetal agudo, índice de Apgar < a 6 al minuto y mayor o igual a 7 a los 5 min, ph de cordón >7,18 y EB entre -10 y -14,9, asintomático a los 10 minutos), depresión neonatal moderada (a las condiciones anteriores, se agregan: índice de Apgar < a 6 al minuto y 6 o menos a los 5 minutos, ph de cordón <7,18 y mayor de 7,0 o EB de - 15 a 19,9, asintomático a los 10 minutos), asfixia o depresión neonatal severa (índice de Apgar < de 5 que persiste a los 5 min, ph de cordón < de 7,0 o EB de -20, signos de compromiso asfíctico de uno o más órganos).

En los últimos años en el Perú la incidencia del embarazo adolescente ha ido en aumento, siendo la mayoría de estos no deseados; representando un peligro en la salud adolescente puesto que no están preparadas ni física ni psicológicamente para ser madres, primero porque las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo para desarrollar déficit nutricionales por agotamiento en depósitos de nutrientes esenciales, ya que hay una competencia de nutrientes entre el feto y la madre adolescente lo cual trae a consecuencia el aumento del riesgo a sufrir complicaciones como son la anemia gestacional, preeclampsia, prematuridad, aborto espontáneo, los trastornos hemorrágicos entre otros.

Además que cualquier cambio físico repercute enormemente en el desarrollo psicosocial del adolescente.

Por ello es de vital importancia el saber cuáles son las complicaciones que con frecuencia se dan en las gestantes adolescentes peruanas y cuál es el riesgo de morbilidad materna, para que en la atención brindada a cada una de ellas siempre estemos alertas ante la presencia cualquiera de estas complicaciones y proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado evitando de este modo inconvenientes mayores como la mortalidad materna adolescente.

### ***Formulación del problema.***

¿Cuáles son las diferencias en las morbilidades entre el embarazo en adolescente y adultas jóvenes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero a Junio de 2010?

### ***Objetivos de la investigación.***

#### ***Objetivo general:***

- Comparar las diferencias de las morbilidades entre las primigestas adolescentes y adultas jóvenes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo Enero a Junio de 2010.

#### ***Objetivos específicos:***

- Determinar las morbilidades en el embarazo en adolescentes y adultas jóvenes.
- Determinar las morbilidades en el parto en adolescentes y adultas jóvenes.
- Determinar las morbilidades en el posparto en adolescentes y adultas jóvenes.
- Determinar las morbilidades neonatales en adolescentes y adultas jóvenes.



## Métodos

- **Tipo de investigación**

- El presente estudio es de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo, comparativo.

### ***Diseño de estudio***

Se trata de una investigación comparativa donde se asignó a 97 primigestas adolescentes con morbilidad materna (grupo 1) y 197 pacientes primigestas adultas jóvenes con morbilidad materna (grupo 2) a los cuales se aplicó una hoja de registro que medió las principales morbilidades en ambos grupos.

La finalidad fue comparar las morbilidades entre las adolescentes y las adultas jóvenes, para determinar sus diferencias. Posteriormente toda la información se analizó a través de estadísticas descriptivas e inferenciales con un nivel significación estadístico  $p < 0,05$ .

### ***Área de estudio***

El presente estudio fue realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en el Jr. A. Miro Quezada Nro. 941 – Lima, Institución de cuarto nivel de atención perteneciente al Ministerio de salud (MINSA) dedicado a la atención materno perinatal, atiende en su mayoría pacientes provenientes de los estratos socioeconómicos bajos de los diferentes sectores de Lima y Callao.

- **Población**

***Definición de la población de estudio***

La población de estudio estuvo conformada por primigestas adolescentes y primigestas adultas jóvenes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

- **Muestra**

*a. Unidad de análisis*

Adolescentes y adultas jóvenes primigestas atendidas en el INMP durante el periodo Enero- Junio del 2010.

*b. Tamaño de muestra*

La población total primigestas entre los meses de Enero - Junio del 2010 fue de 6576 de las cuales 4604 fueron adolescentes y adultas jóvenes. Del total de primigestas adolescentes (1495), 972 tuvieron alguna morbilidad y del total de primigestas adultas jóvenes (3107), 2362 tuvieron alguna morbilidad. De este último grupo obtuvimos proporcionalmente la muestra final que fueron de 97 adolescentes y 197 adultas jóvenes.

*c. Tipo de muestreo*

La muestra fue determinada mediante el muestreo probabilístico, estratificado, proporcional.

*d. Criterios de inclusión*

***Grupo 1***

1. Primigestas
2. Edad entre 10 a 19 años
3. Parto atendido entre Enero a Junio de 2010.
4. Con morbilidad materna identificada

### **Grupo 2**

1. Primigestas
2. Edad entre 20 a 29 años
3. Parto atendido entre Enero a Junio de 2010.
4. Con morbilidad materna identificada

#### *e. Criterios de exclusión*

### **Grupo 1**

1. Controlada en otro establecimiento de salud
2. Transferidas
3. Gestación múltiple

### **Grupo 2**

1. Controlada en otro establecimiento de salud
2. Transferidas
3. Gestación múltiple

#### *f. Procedimientos de muestreo*

Para el muestreo probabilístico estratificado proporcional, primero se obtuvo la cantidad de muestra para cada estrato a estudiar. Luego se aplicó la técnica de muestreo sistemático dentro de cada grupo poblacional, para así asegurar que la muestra sacara el mismo porcentaje de adolescentes y el mismo porcentaje de adultas jóvenes que la población total, de este modo se avaló una muestra representativa de la población general.

- **Variables**

#### **1. Definición conceptual**

- *Datos generales:*

**Edad:** Es la cantidad en años que tiene la madre en su primera gestación.

**Peso:** Es la cantidad de masa corporal de la gestante al final del embarazo.

**Talla:** Es la medida de la estatura.

**Grado de instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizados.

**Estado civil:** Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otros individuos.

**Ocupación:** Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse, en un trabajo, empleo, oficio u actividad.

**Lugar de nacimiento:** Es la parte del territorio peruano donde nació la persona.

**Dependencia económica:** Subordinación que existe entre las personas a causa del dinero.

**Inicio de relaciones sexuales:** Edad en la cual tuvo su primera relación sexual.

**Número de controles prenatales:** Cantidad de veces que se ha asistido al programa de control prenatal.

- **Gestación:** Tiempo que ha vivido una madre. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida de la madre.

**Adolescencia:** Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Periodo que va desde los 10 hasta los 19 años de edad.

**Adulta joven:** Según la OMS a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad y corresponde con la consolidación del rol social. Para el estudio se considera como adultas jóvenes a aquellas personas que sus edades van desde los 20 hasta los 29 años.

- **Morbilidad durante el embarazo:** Contingencia o proximidad de que las madres enfermen o tengan alguna complicación a lo largo del embarazo.

**Parto pretérmino:** La OMS la define como aquel nacimiento de más de 22 y menos de 37 semanas de gestación contando desde la fecha de última menstruación.

**RPM:** Es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional.

**Preeclampsia:** Es definida como el incremento de la presión arterial ( $\geq 140\text{mmHg}$  y/o  $\geq 90\text{mmHg}$ ), proteinuria que ocurre después de la 20° semana de gestación.

- *Morbilidad durante el parto:* Contingencia o proximidad de que las madres enfermen durante la etapa del parto.

**Trabajo de parto prolongado:** Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

**Desproporción feto pélvica:** Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

- *Morbilidad durante el post parto:* Contingencia o proximidad de que las madres enfermen o tengan alguna complicación en el post parto.

**Hemorragia posparto:** Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. La cual se manifiesta por una caída en más de 2.9% en la Hb.

**Desgarros del canal blando del parto:** Traumatismo perineal ocasionado en el periodo expulsivo.

- *Morbilidad neonatal:* Contingencia o proximidad de que los neonatos enfermen en un sitio y tiempo determinado.

**Bajo peso al nacer:** Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2500 g al nacer.

**Depresión neonatal:** Índice de Apgar al minuto menor o igual a 6 con evolución neurológica neonatal normal.

- **Técnicas e instrumentos**

*Diseño de instrumentos*

Para medir los objetivos en el presente estudio; se confeccionó una hoja de registro, como instrumento de recopilación de información, teniendo como base las variables propuestas para este estudio, ver anexo 1.

- **Plan de procedimientos**

- Plan de recolección de datos*

- Se recogieron historias clínicas de maternidad, solicitando previamente la autorización ante la institución para acceder a la información consignada en las historias clínicas maternas que se encuentran en el área de archivos. Para ello se creó un listado de historias clínicas obtenidas de la base de datos de la institución, sobre el cual se aplicó la técnica de muestreo estratificado.

- **Análisis de datos**

- a. Procedimiento de procesamiento y análisis de datos*

- Para el procesamiento y análisis se utilizó el programa estadístico SPSS y Epi Info versión 3.4.3.

- b. Matriz de tabulación y de análisis*

- Para la tabulación de la información se utilizó el programa de cálculo SPSS. Se estudió cada una de las historias clínicas y posteriormente estos datos fueron clasificados según las variables de la investigación. Para el análisis descriptivo se utilizaron las distribuciones absolutas y porcentuales. Se aplicó la prueba de Chi- cuadrado en la evaluación de diferencia de proporciones; además para determinar la asociación se calculó Odds ratio (OR) con sus respectivos Intervalos de confianza del 95% (I.C. 95%).

- **Consideraciones éticas**

- Privacidad y Confidencialidad:*

- No se develará información que pudiera identificar al paciente, bien con el nombre o las iniciales de éste o el número de Historia Clínica o código de exámenes auxiliares, entre otros. Se mantendrá en el anonimato la identidad de los pacientes.

- *Fabricación de resultados*

En investigación el manejo de resultados, su nivel de significación, su relación con el tamaño de la muestra utilizada, su nivel de generabilidad, plantean temas éticos que serán tomados en cuenta al momento de la investigación, como son la falsificación de datos y de materiales clínicos.

La falsificación de resultados o su invención para su presentación o publicación, supone una seria falta ética. Esto vale también para la invención de materiales clínicos.

- *Beneficencia*

La búsqueda del bien se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. Basado en este principio ético, se toma en consideración que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, y para cumplir con ello se debe plantear un diseño de investigación acorde con los objetivos del estudio salvaguardando el bienestar de las personas que participan en ella. La búsqueda del bien además significa condenar todo acto en que se inflija daño en forma deliberada a las personas.

## Resultados

### 1. Características Maternas

Se encontró que la mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años y que la edad promedio fue de 17 años; cabe resaltar que la menor edad hallada fue de 13 años. El peso promedio fue de 65 kilogramos y la talla promedio en este grupo poblacional fue de 1.50 metros.

Del grupo de las adultas jóvenes estudiadas, se encontró que el promedio fue de 22.9 años, el peso promedio en kilogramos fue de 67.6, y el promedio en la talla es 1.50 metros similar al promedio de la talla en primigestas adolescentes.

En relación al inicio de relaciones sexuales la edad promedio para el grupo adolescente fue de 15.7 años y de 19 años en la población de adultas jóvenes.

En cuanto al número de controles prenatales recibidos se observó que el grupo adolescente el promedio fue de 5.9 controles y en grupo de las adultas jóvenes fue de 6.4 controles.

**Tabla N° 1. Características Maternas Biométricas y Obstétricas en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

<b>Características maternas Biométricas y Obstétricas</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Adultas Jóvenes</b>
	<b>X ± DS</b>	<b>X ± DS</b>
Edad (años)	17.0 ± 1.6	22.9 ± 2.4
Peso (kg)	65.0 ± 9.6	67.8 ± 10.2
Talla (metros)	1.5 ± 0,1	1.5 ± 0.1
IRS (años)	15.7 ± 1.7	19.0 ± 3.0
N° CPN	5.9 ± 3.1	6.4 ± 3.2

IRS: Inicio de relaciones sexuales.

N° CPN: Número de controles prenatales

Referente a las características socio demográficas se observó lo siguiente.



**Tabla N° 2. Características Socio demográficas en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

<b>Características Socio demográficas</b>	<b>Adolescente</b>		<b>Adulta Joven</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grado de Instrucción</b>				
Primaria completa	8	8.2	11	5.6
Primaria incompleta	7	7.2	3	1.5
Secundaria completa	39	40.2	126	64
Secundaria incompleta	43	44.3	18	9.1
Superior completa	0	0	21	10
Superior incompleta	0	0	18	9.1
<b>Estado Civil</b>				
Casada	1	1	18	9.1
Soltera	44	45.4	34	17.3
Conviviente	52	53.6	145	73.6
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	82	84.5	163	82.7
Estudiante	10	10.3	11	5.6
Otros	5	5.2	23	11.7
<b>Lugar de Nacimiento</b>				
Lima	70	72.2	109	55.3
Provincia	27	27.8	88	44.7
<b>Dependencia Económica</b>				
Padres	36	37.1	17	8.6
Pareja	18	18.6	132	67
Familiares	6	6.2	5	2.5
Independiente	2	2.1	12	6.1
Padres - Pareja	26	26.8	14	7.1
Padres - Familiares	7	7.2	2	1
Pareja - Independiente	1	1	11	5.6
Familiares - Independiente	1	1	2	1
Padres - Independiente	0	0	2	1
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

El grado de instrucción alcanzado por las primigestas adolescentes con mayor frecuencia fue la secundaria incompleta con un 44.3 comparado con las adultas jóvenes (9.1%), mientras que el grado de instrucción en las adultas jóvenes fue la secundaria completa con mayor frecuencia 64%.

En cuanto al estado civil, se observó que la convivencia se mostró en mayor porcentaje entre ambos grupos, representados en un 53.6 % en las adolescentes y en un 73% en las adultas jóvenes.

Concerniente a la ocupación se registró que el mayor porcentaje de adolescentes como en adultas jóvenes son amas de casa (84.5% y 82.7% respectivamente), asimismo se observó que tanto las adolescentes como las adultas jóvenes en mayor porcentaje nacieron en Lima (72.2% y 55.3% respectivamente).

En cuanto a la dependencia económica, se registró que las adolescentes dependen en mayor porcentaje solo de sus padres (37.1%) comparada con las adultas jóvenes quienes dependen en mayor porcentaje solo de sus parejas (67%) con respecto a las adolescentes (18.6%).

**Morbilidades Maternas:** Las morbilidades son aquellas patologías que ponen en riesgo la salud materno-fetal las cuales están asociadas al embarazo, parto y posparto.

El análisis de los resultados obtenidos con respecto a las morbilidades maternas se describe a continuación.

## **2. Morbilidades Maternas durante el embarazo**

En general en el Instituto Nacional Materno Perinatal se encontraron con mayor frecuencia el parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, Preeclampsia.

La morbilidad materna con mayor frecuencia en el grupo adolescente fue la ruptura prematura de membranas (29.9%) observándose que también en el grupo de las adultas jóvenes se obtuvo a la misma morbilidad como la más frecuente con un 22.3%.

En cuanto al parto pretérmino y preeclampsia los resultados fueron similares para ambos grupos.

**Tabla No 3. Morbilidades Maternas en el Embarazo en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

Morbilidad materna en el Embarazo	Adolescente		Adulta Joven		OR	IC 95%
	n	%	n	%		
Parto Pretérmino	10	10.3	20	10.2	1.02	0.45 – 2.26
Sin parto pretérmino	87	89.7	177	89.8		
22 - 25 semanas	1	1	1	0.5	2.03	0.0 – 75.3
26 - 29 semanas	0	0	1	0.5	1	0.0 – 75.7
30 - 33 semanas	1	1	3	1.5	0.6	0.03 – 7.48
34 - 36 semanas	8	8.3	15	7.7	1.09	0.40 – 2.85
Rotura prematura de membranas						
Si	29	29.9	44	22.3	1.48	0.85 – 2.56
No	68	70.1	153	77.7		
Preeclampsia	11	11.3	20	10.3	1.13	0.48 – 2.62
Sin preeclampsia	86	8.7	177	89.8		
Leve	10	10.3	14	7.1	1.47	0.58 – 3.70
Severa	1	1	6	3	0.34	0.02 – 2.94
Total	97	100	197	100		

### 3. Morbilidades Maternas durante el parto

En el Instituto nacional materno perinatal se encontraron con mayor frecuencia el trabajo de parto prolongado, desproporción feto pélvica; al analizar estas morbilidades maternas durante el parto y al compararlo entre las adolescentes y adultas jóvenes se encontró:

La morbilidad materna con mayor frecuencia en el grupo adolescente fue la desproporción feto pélvica (12.4%) observándose que también en el grupo de las adultas jóvenes se obtuvo a la misma morbilidad como la más frecuente con un 14.7%.

Al valorar las complicaciones durante el parto en primigestas adolescentes y adultas jóvenes obtuvo como resultado que no hay diferencia estadísticamente significativa para los casos de trabajo de parto prolongado y desproporción feto pélvica.

**Tabla N° 4. Morbilidades Maternas en el Parto en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

Morbilidades Maternas en el Parto	Adolescente		Adulta Joven		OR	IC 95%
	n	%	n	%		
Trabajo de Parto Prolongado						
Si	9	9.3	18	9.1	1.01	0.43 – 2.36
No	88	90.7	179	90.9	1.0	
Desproporción Feto Pélvica						
Si	12	12.4	29	14.7	0.81	0.39 – 1.68
No	85	87.6	168	85.3	1.0	
Total	97	100	197	100		

#### **4. Morbilidades Maternas durante el Posparto**

En el Instituto nacional materno perinatal se encontraron con mayor frecuencia hemorragia posparto, desgarro perineal; al analizar estas morbilidades maternas durante el posparto y al compararlo entre las adolescentes y adultas jóvenes se encontró:

La morbilidad materna con mayor frecuencia en el grupo adolescente fue desgarro perineal (36.1%) observándose que también en el grupo de las adultas jóvenes se obtuvo a la misma morbilidad como la más frecuente con un 44.2%.

En relación a la hemorragia posparto se observó mayor frecuencia en adolescentes (17.5%) comparado con las adultas jóvenes (9.6%), existiendo un 1.99 más de

probabilidad de presentar la hemorragia posparto en adolescentes que en adultas jóvenes con un IC de 0.98 – 4.03.

De forma opuesta se encontró mayor frecuencia de desgarro perineal en las adultas jóvenes (44.2%) en relación al grupo de adolescentes (36.1%).

**Tabla N° 5. Morbilidades Maternas en el Posparto en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

<b>Morbilidades Maternas en el Posparto</b>	<b>Adolescente</b>		<b>Adulta Joven</b>		<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Hemorragia Posparto						
Si	17	17.5	19	9.6	1.99	0.98 – 4.03
No	80	82.5	178	90.4		
Desgarro Perineal	35	36.1	87	44.2	0.71	0.42 – 1.21
Sin desgarro	62	63.9	110	55.8		
Grado I	32	33	80	40.6	0.71	0.41 – 1.22
Grado II	3	3.1	7	3.6	0.76	0.15 – 3.43
Total	97	100	197	100		

**Morbilidades Neonatales:** Las morbilidades son aquellas patologías que ponen en riesgo la salud del recién nacido.

El análisis de los resultados obtenidos con respecto a las morbilidades neonatales se describe a continuación.

Al analizar las morbilidades neonatales entre los recién nacidos de madres y madres adultas jóvenes en el Instituto nacional materno perinatal se encontró:

La morbilidad Neonatal con mayor frecuencia en el grupo adolescente fue la depresión neonatal (7.3%) observándose que también en el grupo de las adultas jóvenes se obtuvo a la misma morbilidad como la más frecuente (7.1%).

En cuanto al bajo peso al nacer entre los neonatos en primigestas adolescentes y adultas jóvenes se obtuvo como resultado que no hay diferencia estadísticamente significativa, al igual para la depresión neonatal es porcentualmente y estadísticamente no significativo el riesgo de ser adolescente y tener productos con las mencionadas morbilidades neonatales.

**Tabla N° 6. Morbilidades Neonatales en Primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010**

<b>Morbilidades Neonatales</b>	<b>Adolescente</b>		<b>Adulta Joven</b>		<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Bajo Peso al Nacer						
Si	5	5.2	12	6.1	0.842	0.288 - 2.464
No	91	94.8	184	93.9	1.0	
Depresión Neonatal	7	7.3	14	7.1		
Sin depresión	90	92.7	183	92.9	1.0	
Leve	7	7.3	11	5.6	1.30	0.44 – 3.70
Asfixia	0	0	3	1.5	0	0 – 4.67
Total	97	100	197	100		

## Discusiones

Con respecto a las morbilidades durante el embarazo se encontró que la ruptura prematura de membranas fue mayor tanto para el grupo de primigestas adolescentes como para el de adultas jóvenes, estos resultados son similares a lo encontrado por el estudio realizado por Acosta<sup>(8)</sup> quien nos menciona que la RPM en adolescentes es la complicación más frecuente con un 11.7%, seguido por la preeclampsia en un 10.3% y el parto prematuro en un 6.5%, pero es antagónico a lo encontrado por otros autores<sup>(10,11,12,13,14)</sup>, quienes en algunos casos han encontrado mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas en adultas, como es el estudio realizado por Díaz<sup>(13)</sup> quien nos obtuvo que la RPM en adolescentes fue de 14,5% y la adultas 20.2%; otros no encontraron mayor diferencia de esta morbilidad entre las adolescentes y las adultas jóvenes como son los estudios realizados por Lira<sup>(10)</sup> quien reporta que la frecuencia de RPM en adolescentes fue de 9.1% y en adultas de 4%, no existiendo diferencia significativa entre ambas poblaciones, así mismo Valdés<sup>(11)</sup>, Sandoval<sup>(12)</sup> y Acevedo<sup>(14)</sup> nos mencionan que no encontraron mayor diferencia entre adolescentes y adultas jóvenes.

En relación a las complicaciones del parto, la desproporción feto pélvica fue mayor en ambos grupos poblacionales no habiendo diferencia significativa en ambos grupos. Con respecto al trabajo de parto prolongado se observó que no es estadísticamente significativo el ser adolescente y presentar esta morbilidad en comparación con las adultas jóvenes, resultado similar al presentado por Sandoval<sup>(12)</sup> en el cual encontraron que el porcentaje de trabajo de parto prolongado en las adolescentes y las adultas jóvenes fueron de 3.09% y 0.62% respectivamente, no evidenciándose una diferencia significativa entre ambas poblaciones. Contrariamente Díaz<sup>(13)</sup> halló que el porcentaje de trabajo de parto prolongado fue mayor en las adolescentes (9,49%) que en las adultas (5,69%).

La morbilidad en el posparto más frecuente fue la hemorragia posparto en el grupo de primigestas adolescentes en comparación con las adultas jóvenes, observándose resultados similares en estudios anteriores tal como lo muestra Acevedo<sup>(14)</sup> en su estudio realizado en Cuba en el año 2009 en el cual nos muestra que las adolescentes

presentaron un 20% de incidencia de esta morbilidad comparados al 10% de incidencia en las adultas y observándose que el desgarro perineal fue más frecuente en el grupo de adultas jóvenes en comparación con las adolescentes, contrariamente a lo encontrado por Acevedo<sup>(14)</sup> quien encontró que el desgarro perineal está presente con mayor frecuencia en las adolescentes (30%) que en las adultas (20%), de la misma forma Valdés<sup>(11)</sup> nos grafica que el desgarro perineal es más frecuentes en las adolescentes (15.1%) en comparación con su grupo control (5.3%).

Con respecto a las morbilidades neonatales, se observó que la depresión neonatal fue en mayor frecuencia para ambos grupos, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa que señale que la adolescente tiene mayor probabilidad de presentar esta morbilidad, análogo resultado podemos encontrar en el estudio realizado por Sandoval<sup>(12)</sup> en el cual mostró que la morbilidad neonatal, referente al bajo peso al nacer y la depresión neonatal, en las adolescentes no es estadísticamente diferente que en las adultas (Bajo peso al nacer: Adolescentes (7.4%) y adultas (3.1%); depresión neonatal: Adolescentes (4.9%) y adultas (7.9%)), incongruentemente a lo encontrado en la presente tesis encontramos otros estudios quienes hallaron al bajo peso al nacer como la morbilidad más frecuente en neonatos en el grupo de adolescentes como en adultas jóvenes<sup>(1,11)</sup>, como es el estudio de Brunet<sup>(1)</sup> (Bajo peso al nacer (12.1%) y depresión (9.1%)); de Valdés<sup>(11)</sup> (Bajo peso al nacer( Adolescentes(6.8%) y adultas(1.5%)) y depresión al nacer: Adolescentes (4.5% ) y adultas(0.7% ), y de Díaz<sup>(13)</sup> quien menciona Bajo peso al nacer es el doble en las adolescentes(6,3% ) y adultas (3,1%).

Al realizar el estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que la mayoría de las variables presentan diferencias porcentuales en cuanto a la frecuencia. Sin embargo, las que con mayor frecuencia presentaron las adolescentes al compararlas con las primigestas adultas jóvenes (20 a 29 años), son la ruptura prematura de membranas y la hemorragia posparto. Y paradójicamente se encontró que las adultas jóvenes presentaron con mayor frecuencia el desgarro perineal al compararlas con las adolescentes.



## Conclusiones

- La morbilidad materna durante el embarazo con mayor frecuencia en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas obteniendo una diferencia porcentualmente significativa con respecto al grupo de las adultas jóvenes, las morbilidades como: Parto Pretérmino y Preeclampsia no mostraron diferencia significativa entre ambos grupos.
- Con respecto a las morbilidades del parto, la frecuencia de las morbilidades fue semejante para ambos grupos, no se apreció diferencia significativa.
- La morbilidad materna con respecto al posparto se observó que las adolescentes tienen mayor riesgo de presentar hemorragia en comparación de las adultas jóvenes, asimismo se obtuvo que las adultas jóvenes tuvieron mayor frecuencia de desgarros perineales en comparación con las adolescentes.
- En cuanto a las morbilidades neonatales no hubo diferencia significativa.

## Recomendaciones

- Se recomienda la ejecución de estudios posteriores de tipo caso - control con mayor muestra para obtener resultados con mayor proximidad a nuestra realidad.
- Se sugiere realizar estudios de otras morbilidades que estarían afectando a la población adolescente como son la anemia las infecciones como son la ITU y la infecciones vaginales
- Se propone reforzar y no escatimar los cuidados maternos en las adolescentes sobretodo en la etapa puerperal, en el cual se ha observado mayor riesgo de presentar morbilidad materna, como la hemorragia posparto.
- Se plantea la priorización en los cuidados primarios de la salud reproductiva de las adolescentes, contando con la participación activa de los equipos multidisciplinarios de salud donde involucren las acciones psicosociales, comunitarias y educativas para obtener mejores resultados. Concientizando a todos los miembros del equipo de salud sobre la gran importancia del cuidado integral de los adolescentes capacitándose continuamente para su prevención.
- El profesional de salud debe fortalecer su rol en la consejería en el sector primario de salud, proporcionando un enfoque preventivo que promueva la generación de proyectos de vida en los adolescente e instruir a los adolescentes para fortalecer su capacidad de toma de decisiones y así puedan ejercer una sexualidad libre y responsable, para evitar los embarazos no deseados y postergar la fecundidad en este grupo.
- Se recomienda por la complejidad del tema se realicen estudios que investiguen las características concernientes con el entorno familiar y social de la adolescente a fin de conocer la realidad de este grupo y cuáles son los puntos vulnerables que estarían afectando la salud integral en este grupo.

## Bibliografía

- (1) Beatriz Brunet F, Dalis Diago C, Angelina Cedre C, Dalier Rodríguez M, Dra. Benita Martínez C. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes policlínico docente "13 de marzo" ciudad de la habana. Año 2008
- (2) Stevens Abril Valdés. Complicaciones del embarazo en adolescentes gestantes UPSS Santa Cruz. 2008-2009.corporacion universitaria Remington. Medellín 2009.
- (3) Dr. CARLOS Acosta Saal. Embarazo en adolescentes. 2010. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/archivos/estadisticas.pdf>.
- (4) Casi el 14% de adolescentes están embarazada. La Republica. 2010/09/14. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/sociedad/14/09/2010/casi-el-14-de-adolescentes-estan-embarazadas>.
- (5) Luis Távara-Orozco (Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología). Contribución De Las Adolescentes A La Muerte Materna En El Perú. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 111 – 122. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50\\_n2/a06.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a06.htm).
- (6) Dra. Lourdes Palomino Gamarra. Boletín informativo, etapa vida adolescente N° 2. 2010. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin\\_adolescentes/boletin02-2010.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin_adolescentes/boletin02-2010.pdf).
- (7) Díaz- Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Méx. 2003. Vol.139.
- (8) Acosta Chávez, Manuel. Mortalidad materna en adolescentes. Universidad de San Martín de Porres. 2003; 3(6):1-2.

- (9) Díaz A. Sanhueza P. Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67(6):481-487.
- (10) Lira Plascencia J y col. Implicancias Perinatales del Embarazo en la Mujer Adolescente. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73:407-14.
- (11) Dr. Sigfrido Valdés Dacal, Dr. John Essien, Dra. Jessica Bardales Mitac, Dra. Daymi Saavedra Moredo y Dra. Edith Bardales Mitac. Embarazo en la Adolescencia: Incidencia, Riesgos y Complicaciones, Camagüey. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 28(2):84-8.
- (12) José Sandoval Paredes, Fanny Mondragón Huertas, Mónica Ortiz García. Complicaciones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53(1):28-34.
- (13) Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B. Riesgos Obstetricos en el Embarazo Adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(6): 481-487.
- (14) Dra. Maria Magdalena Acevedo Matos, Lic. Doralis Gómez Almira, Lic. Doralis Arbelo López y Dr. Iván Rodríguez Torres. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". MEDISAN 2010; 14(7):976 – 981.
- (15) Luz Beltrán Molina. Embarazo en Adolescentes. Prosalud. Agosto de 2006. Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
- (16) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica. . 2007.
- (17) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. 2007

(18) Practice bulletin Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. International Journal of Gynecology & Obstetrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. January 2002; Number 33 (77).

(19) F. Garay C., Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom. William obstetricia 21° edición. 2002; Editorial médica Panamericana. Pág. 279

(20) Dr. Ernesto Gajardo Muñoz; Dr. Andrés Peña Valdés. Guías de diagnóstico y tratamiento en Neonatología. Enero 2006.

**Anexo 1**  
**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Morbilidad Materna en primigestas Adolescentes y Adultas jóvenes Instituto  
Nacional Materno Perinatal 2010**

**HOJA DE REGISTRO**

**N°HC:** \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_ (años)

**Peso:** \_\_\_\_ (Kg)

**Talla:** \_\_\_\_ (M)

**Grado de instrucción:**

Primaria completa\_\_\_\_ secundaria completa\_\_\_\_ superior completa\_\_\_\_

Primaria incompleta\_\_\_\_ secundaria incompleta\_\_\_\_ superior incompleta\_\_\_\_

Sin instrucción\_\_\_\_

**Estado civil:**

Casado\_\_\_\_ soltera\_\_\_\_ conviviente\_\_\_\_ otros\_\_\_\_

**Ocupación:**

Ama de casa\_\_\_\_ estudiante\_\_\_\_ otros\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**

Lima\_\_\_\_ provincia\_\_\_\_

**Dependencia económica:**

Padres\_\_\_\_ pareja\_\_\_\_ familiares\_\_\_\_ independiente\_\_\_\_

**Edad de Inicio de relaciones sexuales:** \_\_\_\_ (años)

**Número de controles prenatales:** \_\_\_\_

## **MORBILIDADES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO**

**Edad gestacional al momento del parto:** \_\_\_\_\_ (semanas)

**Ruptura prematura de membranas:**

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Color del líquido amniótico: claro \_\_\_\_\_ meconial \_\_\_\_\_

Tiempo de ruptura \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_

**Preeclampsia**

Nula \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

Presión sistólica \_\_\_\_\_

Presión diastólica \_\_\_\_\_

Presión arterial media \_\_\_\_\_

Proteinuria \_\_\_\_\_

## **MORBILIDADES MATERNAS DURANTE EL PARTO**

**Trabajo de parto prolongado:**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tiempo \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_

**Desproporción feto pélvica:**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Altura uterina \_\_\_\_\_

## **MORBILIDADES MATERNAS DURANTE EL POSTPARTO**

**Hemorragia post parto:**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hemoglobina preparto\_\_\_\_\_ g%

Hemoglobina postparto\_\_\_\_\_ g%

Medicación\_\_\_\_\_

**Desgarro del canal del parto**

No\_\_\_\_\_ 1°\_\_\_\_\_ 2°\_\_\_\_\_ 3°\_\_\_\_\_ 4°\_\_\_\_\_

**MORBILIDADES NEONATALES**

Talla\_\_\_\_\_ (Cm)

Peso al nacer \_\_\_\_\_ (Gr)

**Apgar:**

Al minuto: \_\_\_\_\_

A los 5 minutos: \_\_\_\_\_





